



<http://www.elsevier.es/semergen>

## 387/76 - LA MIOCARDIOPATÍA DILATADA NO ES SOLO COSA DE ADULTOS

R. Maye Soroa<sup>1</sup>, D. San José de la Fuente<sup>2</sup>, L. Rodríguez Vélez<sup>3</sup>, M. Alonso Santiago<sup>1</sup>, P. López Alonso Abaitua<sup>4</sup>, O. Casanueva Soler<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. Cantabria. <sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Corrales de Buelna. Cantabria. <sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puertochico. Santander. Cantabria. <sup>4</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dobra. Torrelavega. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer 16 años acude a C. Salud por astenia de un mes de evolución en contexto de fin de curso. Leve cefalea frontal y vómito aislado. A la semana siguiente acude a urgencias por mareo dónde se realiza TAC qué resultó normal. A los 2 días acude de nuevo por mareo y episodio hipoglucémico mientras estaba en la playa. Refiere sentir el “corazón rápido”

**Exploración y pruebas complementarias:** Normotensa. Normohidratada. Exploración neurología: normal. AC: taquicardia sin soplos, resto normal. Analítica: leucocitos 7.600 (fórmula normal). HB 12,3. Hto: 36,7%, plaquetas 238.000. Bioquímica: a urio 7,7. ALT: 66. Bitotal: 1,7 K. 168 proteínas totales: 6,5. Iones normales. Función renal normal. Estudio de FE normal. TSH normal. Troponinas normales. BNp 15.085 pg/ml. ECG: Taquicardia sinusal a 160x'. Ecocardio: dilatación biventricular grave. IT moderada con gradiente de 35 mmHg. IM moderada-grave. FEVI aprox 20%. VCI dilatada con escasa variabilidad. Suprahepáticas dilatadas. Derrame pericárdico leve.

**Juicio clínico:** Miocardiopatía dilatada. Dilatación biventricular secundaria a taquimiocardiopatía.

**Diagnóstico diferencial:** Miocardiopatía dilatada secundaria a infección vírica, patología endocrina (hipoglucemias), tóxicos (alcohol, simpaticomiméticos).

**Comentario final:** Finalmente se han realizado dos intentos de EEF/ABL en TAE incesante consiguiendo RS. La paciente se encuentra en tratamiento actual con ciclos de levosimendán, además de furosemida, espironolactona, carvedilol y Sintrom manteniéndose estable. La sintomatología en pacientes adolescentes puede ser muy variable, por lo que debemos realizar una exploración y anamnesis detallada. El 70% de las miocardiopatías es de causa idiopática. La IC de causa isquemia e hipertensiva aumenta conforme aumenta la edad ya que presentamos más FRCV, a diferencia de la dilatada, que es más frecuente en jóvenes. Los varones jóvenes tienen una mayor prevalencia de IC que las mujeres. Probablemente por un mayor consumo de alcohol y por presentar con mayor frecuencia patologías como la miocardiopatía hipertrofia arritmogénica del VD. Se ha observado una tendencia hacia la reducción de la función sistólica y diastólica en niños y adolescentes obesos. Estos hallazgos de antecedente de miocardiopatías causadas por obesidad suponen un estímulo para prevenir y tratar la obesidad temprana en los años de crecimiento.

### Bibliografía

Lipshultz SE, Sleepr LA, Towbin JA, et al. The incidence of pediatric cardiomyopathy in two regions of the United States. *N Engl J Med.* 2003;348:1647-55.

Johnsrude CL. Current approach to pediatric syncope. *Pediatr Cardiol.* 2000;21:522-31.

Richardson P, McKenna W, Bristow M, Maisch B, Mautner B, O'Connell J, et al. Report of the 1995 World Health Organization/International Society and Federation of Cardiology Task Force on the definition and classification of cardiomyopathies. *Circulation.* 1996;93:841-2.

Priori SG, Aliot E, Blomstrom-Lundqvist C, Bossaert L, Breithardt G, Brugada P, et al. Task Force on Sudden Cardiac Death, European Society of Cardiology. *Europace.* 2002;4:3-18.